Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

29 323 Prenatale screening

32 279 Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 97

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2015

Mede namens de beide bewindspersonen van het Ministerie van VWS stuur ik u, op verzoek van de vaste commissie van Veiligheid en Justitie, de reactie op het rapport van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming over prenatale kinderbescherming.

Inleiding

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (de raad) heeft op 15 juni 2015 het rapport uitgebracht «Prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid». In dit advies verkent de raad de vraag hoe ver de verantwoordelijkheid van de overheid reikt bij de bescherming van nog niet geboren kinderen tegen omstandigheden die hun ontwikkeling en gezondheid bedreigen. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om kwetsbare burgers, waaronder kinderen, te beschermen. De raad beargumenteert dat ook de belangen van nog niet geboren kinderen onder deze verantwoordelijkheid vallen. Daartegenover staat het recht van ouders om hun kind naar eigen inzicht op te voeden en te verzorgen. Deze complexe kwestie verdient een fundamentele bezinning, aldus de raad.

De raad is van mening dat de overheid meer kan en moet doen om kwetsbare nog niet geboren kinderen te beschermen. Ten eerste door in de prenatale zorg nog meer in te zetten op screening op risicovol gedrag, op effectieve interventies tegen roken en alcoholgebruik en op prenatale huisbezoeken. Ten tweede door professionals te bewegen juist ook vóór de 24^{e} week van de zwangerschap actie te ondernemen indien aangewezen. En tot slot door een aparte wettelijke rechtsgrond te creëren voor de ondertoezichtstelling van nog niet geboren kinderen en de bevoegdheden van de gecertificeerde instelling (de gezinsvoogd die toezicht houdt en hulp en steun coördineert) te versterken.

Ik vind het waardevol dat de raad een bijdrage levert aan de discussie over de rol van de overheid bij de bescherming van nog niet geboren kinderen. Daarbij zou ik op voorhand twee taakvelden willen onder-

kst-29323-97
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

scheiden. Het is, ten eerste, een taak van de overheid om te bevorderen dat ouders goed geëquipeerd zijn om hun kinderen gezond en veilig op te laten groeien. Deze taak wordt voor een belangrijk gedeelte ingevuld via de organisatie van de prenatale zorg. Het is goed dat de overheid haar beleid regelmatig aanscherpt waar het gaat om deze faciliterende rol.
Pas wanneer ouders, alle informatie, begeleiding en ondersteuning ten spijt, hun verantwoordelijkheid onvoldoende nemen en daarmee hun nog niet geboren kind blootstellen aan ernstige risico's komt de tweede taak van de overheid in beeld, nu nadrukkelijk gericht op de bescherming van het nog niet geboren kind. Daarbij heeft de overheid verschillende – soms strijdige – doelen en belangen te dienen. Met zijn rapport vraagt de raad aandacht voor beide rollen van de overheid.

Deze reactie is opgebouwd uit twee delen: eerst wordt ingegaan op de rol van de overheid bij de bescherming van het nog niet geboren kind, daarna op de verantwoordelijk van de overheid op het terrein van de prenatale zorg. Ik zal afsluiten met een conclusie.

Deel I De rol van de overheid bij de bescherming van het nog niet geboren kind

Wettelijk kader

De overheid heeft verschillende – soms strijdige – doelen en belangen te dienen bij de bescherming van ouders en kinderen.

Enerzijds zijn er het fundamentele recht van kinderen om door hun ouders te worden verzorgd en opgevoed en het recht van ouders om hun kinderen op een wijze te verzorgen en op te voeden die zij aangewezen achten. Dit volgt zowel uit de artikelen 9 en 18 van het Verdrag inzake de rechten van het kind als uit artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. De overheid moet deze rechten respecteren en beschermen.

Anderzijds dient de overheid de rechten – ook de andere rechten dan het recht om te worden opgevoed door zijn ouders – van het kind te waarborgen. In het nationale recht biedt artikel 255 in combinatie met artikel 2 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW) daarbij expliciet bescherming aan het ongeboren kind. Artikel 255 Boek 1 BW bepaalt dat de kinderrechter een kind onder toezicht kan stellen indien hij zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. Dit kan ook een kind zijn dat nog niet is geboren, zo volgt uit artikel 2 Boek 1 BW, dat regelt dat het kind waarvan de vrouw zwanger is als reeds geboren wordt aangemerkt zo dikwijls zijn belang dit vordert.

Een ander belangrijk beginsel in deze is het zelfbeschikkingsrecht. Het zelfbeschikkingsrecht houdt in dat mensen zelf beslissingen kunnen en mogen nemen over de invulling van hun leven. De overheid dient dit recht te respecteren en te beschermen. Het recht op abortus is in deze context te begrijpen.
Dit zelfbeschikkingsrecht is echter begrensd. Wanneer zich een situatie voordoet die gevaar oplevert voor de persoon zelf of voor anderen dient de overheid in te grijpen en de betrokkenen te beschermen. De te beschermen betrokkenen kunnen ook nog niet geboren kinderen zijn, wanneer hun gezondheid of ontwikkeling als toekomstig geboren kind in gevaar worden gebracht. Wij onderschrijven de redenering van de raad dat de zorg voor kinderen zich uitstrekt tot vóór de geboorte. Beschermende handelingen gericht op nog niet geboren kinderen komen voort uit de verantwoordelijkheid de belangen van kinderen na geboorte te beschermen. Dit laat onverlet de mogelijkheid van een vrouw om binnen

de grenzen van de wet ervoor te kiezen een zwangerschap af te breken en om haar leven zelf vorm te geven, bijvoorbeeld door te kiezen voor wetenschappelijk niet bewezen zorg in plaats van reguliere zorg en zelf te bepalen wat zij goed acht voor zichzelf en haar ongeboren kind (voeding, zelfzorg, bevalling).

Het overheidsingrijpen zal steeds noodzakelijk en proportioneel moeten zijn. Dit houdt in dat het ingrijpen niet verder mag gaan dan strikt noodzakelijk is om het doel te verwezenlijken. Wanneer via het vrijwillige kader kan worden bereikt dat het nog niet geboren kind wordt beschermd, dan verdient dit de voorkeur boven de inzet van het gedwongen kader. Pas als vrijwillige hulp onvoldoende effect heeft, kunnen dwangmaatregelen aan de orde zijn.

Maatregelen die de overheid kan nemen als de rechten of belangen van het nog niet geboren kind worden geschaad, de inzet van voorlichting, begeleiding en vrijwillige hulp ten spijt, zijn primair gericht op:

a. het kind (kinderbeschermingsmaatregelen),
b. of de ouder (zoals dwangopname).

Er zijn overigens ook nog andere maatregelen die de overheid kan nemen, zoals het opleggen van een tijdelijk huisverbod (aan een huisgenoot die een bedreiging voor het kind is) of het onder curatele stellen van de ouder.

Ad a. Kinderbeschermingsmaatregelen

De ondertoezichtstelling is de meest gebruikelijke kinderbeschermingsmaatregel die wordt opgelegd wanneer het gaat om het nog niet geboren kind.[1] De ondertoezichtstelling is een gezagsbeperkende maatregel. De ouder(s) krijgen verplicht hulp en steun, zodat de bedreiging van het nog niet geboren kind kan worden weggenomen. Zo kan de gezinsvoogd erop toezien dat de moeder de vereiste medische zorg krijgt en kan deze dwingend optreden, met een schriftelijke aanwijzing, als de ouder(s) zich niet aan de afspraken houden. Een schriftelijke aanwijzing, zoals een verplichte urinetest of medische controle, kan worden bekrachtigd door de kinderrechter. De kinderrechter kan tegelijkertijd een dwangmiddel (dwangsom, lijfsdwang) opleggen aan de ouder(s).

Ad. b. Maatregelen gericht op de ouder(s)

De Wet Bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) strekt ertoe een persoon onvrijwillig op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis, indien hij door zijn psychische stoornis een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. Onder «anderen» kan ook het nog niet geboren kind worden begrepen.

De Wet Bopz zal op termijn vervangen worden door twee nieuwe wetten, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) (Kamerstuk 32 399) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) (Kamerstuk 31 996). De Wvggz ziet op psychiatrische patiënten; de Wzd is onder andere van toepassing op verstandelijk beperkte cliënten. De twee wetsvoorstellen liggen ter behandeling in de Tweede respectievelijk de Eerste Kamer. Er is onlangs een tweede nota van wijziging op de Wvggz in consultatie gegaan, waarmee een betere afstemming wordt beoogd tussen beide wetsvoorstellen. De tweede nota van wijziging stelt voor om in beide wetten eenzelfde criterium te hanteren op grond waarvan gedwongen zorg opgelegd kan worden, te weten: «ernstig nadeel». De begrippen «gevaar» uit de Wet Bopz en «schade» uit de Wvggz komen daarmee te vervallen.

In de memorie van toelichting bij de Wvggz is ingegaan op de positie van het nog niet geboren kind. Hierin wordt gesteld dat het onder het begrip

[1] Bij minderjarige vrouwen wordt een voorlopige voogdijmaatregel opgelegd.

schade, dat met de nota van wijziging «ernstig nadeel» wordt, ook de verstoorde ontwikkeling van de foetus valt, bijvoorbeeld doordat een zwangere vrouw als gevolg van haar psychische stoornis zichzelf ernstig verwaarloost of als ze verslaafd is geraakt. In het geval dat de dreigende schade aan de foetus zo ernstig is dat er na de geboorte sprake zal zijn van blijvende schade of een verstoorde ontwikkeling (bijvoorbeeld door ernstige ondervoeding of het gebruik van drugs of alcohol), kan een zwangere vrouw verplicht worden tot behandeling van haar psychische stoornis ter bescherming van haar nog niet geboren kind. Aangezien de schade aan de foetus zich ook in de eerste weken van de zwangerschap kan voltrekken, ligt bij toepassing van het schadecriterium een ondergrens in weken niet in de rede, aldus de toelichting.[2]

Aanbevelingen

De raad snijdt de volgende drie onderwerpen aan:

1. 24-weken grens
   De raad constateert dat in de huidige zorgpraktijk door professionals een vermeende «24-weken regel» gehanteerd wordt. Dit betekent volgens de raad dat er geen activiteiten (zoals onderzoek en een melding doen) worden ondernomen tot een zwangerschapsduur van 24 weken. Het beleid van deze organisaties is geïnspireerd op de niet eenduidige jurisprudentie, waarin door sommige rechters is verwezen naar deze grens en er slechts in een beperkt aantal gevallen een ondertoezichtstelling is uitgesproken bij een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken.
2. Ondertoezichtstelling van het nog niet geboren kind
   De raad stelt dat de ondertoezichtstelling primair gericht is op de bescherming van reeds geboren kinderen. Ook de bevoegdheden van de gecertificeerde instelling zijn niet specifiek gericht op de bescherming van het nog niet geboren kind.
   De raad adviseert het Ministerie van VenJ om de bescherming van het nog niet geboren kind apart en overzichtelijk in de wet vast te leggen.
   De raad doet hiertoe de volgende twee aanbevelingen:
   – ontwikkel een aparte rechtsgrond (in artikel 1:255a Burgerlijk Wetboek) voor een ondertoezichtstelling van het nog niet geboren kind;
   – geef de gecertificeerde instelling bij de uitvoering van de ondertoezichtstelling meer wettelijke bevoegdheden die gericht zijn op de prenatale bescherming van het nog niet geboren kind.
3. De Wet Bopz
   De raad constateert dat de jurisprudentie in Bopz-zaken verre van eenduidig is. Een eenduidiger uitleg van het begrip gevaar en van het begrip verslaving in de BOPZ is gewenst en zou meer mogelijkheden kunnen bieden voor de bescherming van verslaafde zwangere vrouwen. Deze maatregel zou daarmee geschikt kunnen zijn voor zwangere vrouwen met een verslaving als die een stoornis van de geestvermogens oplevert en voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis, aldus de raad.
   De raad gaat daarnaast kort in op de Wvggz. Zij concludeert dat het wetsvoorstel mogelijkheden biedt om ook in te grijpen vóór de grens van 24 weken zwangerschap en zo blijvende schade te voorkomen bij het nog niet geboren kind.

Ad. 1: 24-weken grens
Het moet volstrekt helder zijn dat ook vóór een zwangerschapsduur van 24 weken de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek kan doen en de kinderrechter een kinderbeschermingsmaatregel kan opleggen. De

[2] Kamerstuk 32 399, nr. 3.

wettelijke bepalingen staan dat niet in de weg. Artikel 255 in combinatie met artikel 2 Boek 1 BW is duidelijk: een ondertoezichtstelling kan worden uitgesproken vóór een zwangerschapsduur van 24 weken.

Ad. 2: Ondertoezichtstelling van het ongeboren kind
De ondertoezichtstelling in het huidige artikel 255 Boek 1 BW is naar mijn mening een geschikte maatregel, ook als een nog niet geboren kind in zijn ontwikkeling wordt bedreigd. Voor een nog niet geboren kind betekent dit bijvoorbeeld dat de overheid maatregelen moet treffen ter waarborging van een gecontroleerde zwangerschap en begeleiding tijdens en na de bevalling, zo wordt ook benadrukt in de memorie van toelichting bij de Wet herziening kinderbeschermingsmaatregelen.[3]
Daarmee is voldoende duidelijk dat de huidige maatregel ook van toepassing is op het nog niet geboren kind. Een afzonderlijke grondslag voor de ondertoezichtstelling vóór de geboorte is daarmee op zichzelf niet nodig, en ook onwenselijk, omdat dit onduidelijkheid zou kunnen scheppen over het toepassingsbereik van artikel 2 Boek 1 BW in andere gevallen.

De raad pleit ook voor meer op de prenatale bescherming gerichte bevoegdheden van de gezinsvoogd. De raad gaat niet in op de vraag welke wettelijke bevoegdheden dit dan zouden moeten zijn.
In situaties waarin de ouder zich onttrekt aan de ondertoezichtstelling heeft het opleggen en laten bekrachtigen van de schriftelijke aanwijzing vaak geen meerwaarde. Het is de vraag of de gezinsvoogd met andere bevoegdheden deze «zorgmijdende» ouder wel zou kunnen bewegen om mee te werken, zodat het nog niet geboren kind wordt beschermd. Uit nader contact met de raad op dit punt blijkt dat gedacht zou kunnen worden aan speciale bevoegdheden die zien op de situatie waarin de moeder niet meewerkt en het nog niet geboren kind niet de bescherming krijgt die het verdient. De gezinsvoogd zou dan bijvoorbeeld de mogelijkheid moeten krijgen om de moeder gedwongen op te laten nemen. Onduidelijk blijft dan echter hoe deze nieuwe bevoegdheden zich zouden moeten verhouden tot de reeds bestaande en geplande maatregelen die zich richten op de volwassene zelf. Op voorhand acht ik het wenselijk om voor maatregelen gericht op de ouder aansluiting te zoeken bij de wetgeving die hier specifiek voor bedoeld is, zoals de huidige Wet Bopz (zie hierna), in plaats van ook binnen de kinderbescherming een gelijksoortige mogelijkheid te introduceren door een gezinsvoogd vergaande bevoegdheden daartoe te geven.

Ad. 3 De Wet Bopz
Inderdaad is er geen consensus over de vraag of de Wet Bopz van toepassing is op het nog niet geboren kind. Uit de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel verplichte ggz blijkt dat ook kan worden ingegrepen bij een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken en zo blijvende schade wordt voorkomen bij het nog niet geboren kind. Met de tweede nota van wijziging op de Wvggz wordt voorgesteld in de Wvggz en de Wzd eenzelfde criterium te hanteren op grond waarvan gedwongen zorg opgelegd kan worden, te weten: «ernstig nadeel». We zullen in deze tweede nota van wijziging nog nader specificeren dat onder dit criterium ook, en dus voor beide wetsvoorstellen, geldt dat gedwongen zorg kan worden opgelegd als het gaat om een ernstig verstoorde ontwikkeling van het nog niet geboren kind, ook als deze schade bij een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken wordt toegebracht. Daarmee kan ook worden ingegrepen als het gaat om verstandelijk beperkte ouder(s) die hun nog niet geboren kind schade toebrengen.

[3] Kamerstuk 32 015, nr. 3, p. 9.

De Wvggz biedt ook helderheid over de vraag of verslaving als psychische stoornis kan worden aangemerkt. In de memorie van toelichting (Kamerstuk 32 399, nr. 3) staat dat dat inderdaad het geval is. «Verslaving aan alcohol en drugs valt daarmee onder de reikwijdte van het wetsvoorstel. Dit maakt een einde aan de nu nog heersende verschillen in opvatting of verslaving aan verdovende middelen of excessief alcoholgebruik het al dan niet toepassen van dwang en drang kunnen rechtvaardigen», zo stelt de toelichting.

Deze wetsvoorstellen zullen naar verwachting meer duidelijkheid brengen over de vraag of en wanneer een zwangere vrouw verplicht kan worden tot gedwongen behandeling van haar stoornis of het gedwongen aanvaarden van hulp in het geval van een verstandelijke beperking ter bescherming van haar nog niet geboren kind. Het ligt daarom niet in de rede om vooruitlopend op de inwerkingtreding van deze wetsvoorstellen, een nieuwe rechtsgrond in het BW te creëren. Uiteraard zal de feitelijke werking van deze wetsvoorstellen nauwlettend worden gevolgd.

Deel II Prenatale zorg

Context van de zorg

Naast de beschermende taak van de overheid staat haar verantwoordelijkheid om mensen te faciliteren hun rol van ouder zo goed mogelijk invulling te geven. Dat gebeurt via de prenatale zorg, waarbij (aanstaande) ouders worden geïnformeerd, begeleid en ondersteund. Goede prenatale zorg kan risicovol ouderschap verminderen en helpt gedwongen zorg te voorkomen.
In Nederland wordt prenatale zorg zowel via de curatieve zorg (via de Zorgverzekeringswet door verloskundigen, gynaecologen, huisarts), als via de gemeente (via de Wet Publieke Gezondheid, Kamerstuk 31 316) vormgegeven. Het gaat daarbij zowel om algemene informatie, bijvoorbeeld over gezonde leefstijl of het gebruik van foliumzuur, als om specifieke op die zwangere gerichte zorg. Voor het merendeel van de zwangere vrouwen in Nederland voldoet deze zorg. Dat blijkt ook uit het thematisch onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat in 2014 is afgerond. De inspectie vraagt echter wel aandacht voor enkele specifieke groepen zwangere vrouwen, zoals die uit achterstandsituaties. Dit betreft een bredere groep zwangeren dan de groep waar de raad in zijn advies op doelt.
In de regel is er ouders veel aan gelegen om een zo gezond mogelijk kind op de wereld te zetten. Zij maken gebruik van het aanbod in de algemene prenatale zorg en volgen adviezen over een gezonde leefstijl zo goed mogelijk op. Uit de Zorgbalans van het RIVM blijkt dat het percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte vóór de tiende week van de zwangerschap is toegenomen van 35% in 2005 naar 81% in 2012. Voor zwangere vrouwen uit achterstandswijken steeg dit percentage van 28% naar 76%. De toename kan mede verklaard worden vanuit de grotere aandacht van verloskundigen voor een tijdig contact (KNOV, 2008) en een grotere geneigdheid bij zwangere vrouwen zelf om vroeg in de zwangerschap een afspraak te maken.
Toch is er ook een groep aanstaande moeders die risicovol gedrag vertoont tijdens de zwangerschap, soms zelfs in zeer ernstige mate. Zo zijn er zwangere vrouwen die drinken en/of roken. De NHG standaard preconceptiezorg is hierover helder en stelt dat zwangere vrouwen wordt geadviseerd in het geheel niet te drinken en niet te roken, vanwege de ernstige gezondheidsrisico's voor het nog niet geboren kind. Uit de onlangs door het Trimbos-instituut en TNO uitgebrachte factsheet «Roken tijdens de zwangerschap, 2010–2015» blijkt dat in 2015 8,6% van de vrouwen gedurende de zwangerschap dagelijks rookte. Onder hoog- en

middenopgeleide zwangeren is sinds 2001 sprake van een gestage daling van de rookprevalentie. De rookprevalentie is het hoogst in de groep laagopgeleide zwangeren en schommelt tussen 2001 en 2015 over de tijd rond de 20%. Dit najaar volgt nog een actuele factsheet van Trimbos-instituut en TNO over drinken tijdens de zwangerschap.
Het is evident – zoals de raad ook constateert – dat met preventieve maatregelen, zowel in de algemene prenatale zorg als in de individuele zorg, nog winst te behalen valt. De Minister van VWS heeft daarom in 2014 aan het College Perinatale Zorg (CPZ) gevraagd om te komen met een plan van aanpak preventie. Dit plan wordt in november 2015 gepresenteerd.
Toch zullen er altijd ouders blijven voor wie een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap onmogelijk is, of die ervoor kiezen om (enig) risico te lopen. Alleen wanneer het gedrag extreem risicovol is, mag de overheid ingrijpen en inbreuk plegen op het recht van ouders om hun kinderen naar eigen inzicht groot te brengen. Of van dergelijke grote risico's sprake is, bepaalt de rechter, die oordeelt met inachtneming van de wettelijke kaders zoals hierboven geschetst.

Aanbevelingen

De raad is van mening dat de overheid meer kan doen om nog niet geboren kinderen beter te beschermen. Enerzijds door meer in te zetten op specifieke interventies in de prenatale zorg, anderzijds door te stimuleren dat zorgverleners ook vóór de 24^{e} week van de zwangerschap ingrijpen als de situatie daarom vraagt.

Screening

De raad adviseert om de ontwikkeling, het onderzoek naar en het gebruik van screeningsinstrumenten te stimuleren. Met behulp van screeningsinstrumenten kunnen risicofactoren voor een ongezonde leefstijl opgespoord worden. De raad constateert dat dergelijke instrumenten een snelle ontwikkeling doormaken, maar nog niet breed beschikbaar zijn. Er vindt volop onderzoek plaats en het is van belang effectief bevonden instrumenten breed in de zorg te implementeren.
Via het ZonMw programma Zwangerschap en Geboorte investeert de Minister van VWS in de ontwikkeling van screenings- en interventie-instrumenten. Het programma richt zich op het bevorderen van gezonde zwangerschap en geboorte, via thema's als voorlichting voor, tijdens en na de zwangerschap en risicoselectie en screening.
Daarnaast heeft de Minister van VWS het programma Healthy Pregnancy 4 All (HP4All-1) gefinancierd. Het betrof een landelijk project, uitgevoerd van 2011–2014 in veertien gemeenten, met als doel de perinatale gezondheid te verbeteren. Binnen dit programma is ondermeer vernieuwende risicosignalering met de R4U (the Rotterdam Reproduction Risk Reduction) checklist ontwikkeld om risico's in kaart te brengen en zorgtoeleiding te faciliteren in de vorm van zorgpaden. Met de R4U-vragenlijst worden zowel medische als niet-medische risicofactoren gesignaleerd die geassocieerd zijn met ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals vroeggeboorte, te laag geboortegewicht, aangeboren afwijkingen en sterfte. Vragen over leefstijlfactoren als roken en gebruik van alcohol en drugs zijn hierin opgenomen. De zorgverlener neemt de R4U af, bij voorkeur bij de intake. Diverse softwareleveranciers hebben de R4U ingebouwd, zodat gebruikers de beschikking hebben over een gedigitaliseerde R4U. De resultaten van HP4All-1 worden in het eerste kwartaal van 2016 verwacht, bijvoorbeeld met betrekking tot de effectiviteit en het bereik van de R4U, en zullen gepaard gaan met aanbevelingen aan zowel de rijksoverheid als gemeenten. Op dat moment kunnen vervolgstappen voor verdere implementatie worden gezet.

Gezien het belang van HP4All-1 heeft de Minister van VWS eveneens subsidie beschikbaar gesteld voor een vervolg, genoemd HP4All-2 (2014–2017). Via zorginnovaties zet HP4All-2 zich in voor goede (keten)zorg, zodat er een continuüm kan ontstaan tussen de verloskundige zorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en interconceptiezorg. De innovaties haken aan bij bestaande afspraken en initiatieven, in zowel de zorg als bij de gemeenten, voor screening op risicofactoren en begeleiding van kwetsbare zwangeren en jonge gezinnen.

Programma's tegen roken en alcoholgebruik

De raad constateert dat er veel informatie is te vinden over roken en drinken tijdens de zwangerschap, maar dat in de praktijk interventie-instrumenten weinig (op de juiste wijze) worden toegepast, terwijl zwangeren met dit gedrag wel de grootste risicogroep vormen. De raad adviseert daarom het gebruik van effectieve programma's tegen roken en alcohol tijdens de zwangerschap te implementeren. Ook de Staatssecretaris van VWS heeft geconstateerd dat er nog teveel zwangere vrouwen zijn die roken en drinken en reeds een aantal preventieve initiatieven in gang gezet.
Voor het begeleiden van rokende zwangeren kunnen verloskundigen en gynaecologen gebruik maken van de V-MIS (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk). De V-MIS is een bewezen effectieve stoppen-met-rokeninterventie waarbij de verloskundige of gynaecoloog tijdens de consulten de zwangere vrouw en haar partner stimuleert en begeleidt bij het stoppen met roken. De raad constateert dat de V-MIS in de praktijk nog onvoldoende goed wordt ingezet. Daarom zal het Trimbos-instituut in 2016 samen met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) een nieuwe V-MIS opfristraining ontwikkelen die nog meer toegespitst is op het begeleiden van lager opgeleide vrouwen. In deze training staan casuïstiek en motiverende gespreksvoering centraal. Verder wordt door het Trimbos-instituut ingezet op verbeterde communicatie richting professionals (over de V-MIS) en richting de einddoelgroep (over de risico's van roken en hulp bij het stoppen) door het ontwikkelen van een subwebsite over roken en zwangerschap en het verspreiden van de videoclip Roken en Zwangerschap. Verloskundigen in achterstandswijken zullen extra gestimuleerd worden om deze training te volgen. Ook het programma VoorZorg, laat positieve uitkomsten zien voor wat betreft het terugdringen van roken tijdens en na de zwangerschap (zie de paragraaf over prenatale huisbezoeken).
Het Trimbos-instituut heeft in 2015 samen met de KNOV en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) een handreiking opgesteld zodat zorgverleners in de praktijk beleid kunnen vormgeven, gericht op het voorkomen van roken tijdens de zwangerschap. Om de kennis van professionals verder te vergroten brengt het Trimbos-instituut eind 2015 een factsheet uit die de effectiviteit in kaart brengt van de stoppen-met-rokeninterventies voor zwangeren. Om meer inzicht te krijgen in de levens en ervaringen van laagopgeleide rokende zwangeren in Nederland wordt in 2016 een focusgroep georganiseerd, waarvan de uitkomsten vertaald worden in een artikel. Deze kennis zal actief onder de aandacht gebracht worden van professionals, onder meer via nieuwsberichten en het scholingsaanbod.
Deze maatregelen tezamen beogen de rookprevalentie tijdens de zwangerschap, met name onder laagopgeleide vrouwen, terug te dringen. Het recent door het CDA aangeboden actieplan stoppen met roken bij zwangerschap helpt het beleid verder aan te scherpen.

Ook voor het terugdringen van alcoholgebruik door zwangere vrouwen zijn onlangs diverse initiatieven genomen. In opdracht van het Partnership

Vroegsignalering Alcohol is een door de KNOV geaccrediteerde e-learning module voor verloskundigen (in opleiding) ontwikkeld, gericht op het verbeteren van vroegsignalering en het bespreekbaar maken van alcoholgebruik bij zwangere vrouwen door verloskundigen. Daarnaast hebben het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP en de Universiteit Maastricht de online interventie «Negen Maanden Niet» ontwikkeld. Deze geeft advies op maat aan zwangeren en is door het Loket Gezond Leven beoordeeld als «Goede aanwijzingen voor effectiviteit». Eveneens van belang is dat op verzoek van de Staatssecretaris van VWS in 2013 een start is gemaakt met de inspanning van de alcoholbranche in Nederland (bier, wijn en gedistilleerd) om het zwangerschapspictogram zoveel mogelijk te plaatsen op de etiketten van alcoholhoudende drank. Onlangs heeft de STIVA (Stichting Verantwoord Alcoholgebruik) de Staatssecretaris van VWS geïnformeerd over de stand van zaken van de invoering van het zwangerschapslogo. Daaruit blijkt dat in 2015 67% van het volume dat op de Nederlandse markt wordt verkocht door de sector wijn, het zwangerschapspictogram bevat. Voor de sector bier betreft dit percentage 92% en voor de sector gedistilleerd 60%. Het Ministerie van VWS organiseert binnenkort een expert meeting over het verder terug dringen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.

Prenatale huisbezoeken

De raad adviseert prenatale huisbezoeken te stimuleren, omdat de eerste resultaten van onderzoek naar prenatale huisbezoeken veelbelovend zijn.

VoorZorg is een interventie die zich richt op de ondersteuning van gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblemen, met als doel het bevorderen van de gezondheid en het vergroten van de ontwikkelingskansen van moeders en kinderen. De doelgroep bestaat uit jonge vrouwen (tot 25 jaar) die zwanger zijn van hun eerste kind. Deze vrouwen hebben veelal een lage opleiding, een laag inkomen en hebben te maken met diverse andere risicofactoren zoals huiselijk geweld, weinig sociale steun en een ongezonde leefstijl en/of roken, drugs en alcoholmisbruik. Prenatale huisbezoeken zijn onderdeel van de interventie. Uit onderzoek komt naar voren dat VoorZorg de zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten (zoals stressreductie, minder roken, huiselijk geweld) verbetert, evenals de gezondheid en ontwikkeling van het kind (zoals hechting en veiligheid) en de persoonlijke ontwikkeling van de moeder (zoals scholing en werk, ondersteunend netwerk). Een bewezen effectieve interventie dus, die verdient om breder toegepast te worden. De Minister van VWS heeft subsidie beschikbaar gesteld aan het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) om te zorgen voor de doorontwikkeling, kwaliteitsverbetering en borging van de interventie VoorZorg. Ook vindt er via het NCJ een landelijke implementatie plaats.

Verder heeft het NCJ een handreiking prenataal huisbezoek ontwikkeld. In steeds meer gemeenten maken verloskundigen, jeugdgezondheidszorg en/of kraamzorg afspraken over prenatale huisbezoeken. Bijvoorbeeld de eerder genoemde R4U kan aanleiding zijn tot een dergelijk verzoek. Kortom, zowel landelijke toepassing van VoorZorg, als lokale initiatieven zullen bijdragen aan de implementatie van prenatale huisbezoeken.

Beleid- en cultuurwijziging bij professionals

Tot slot adviseert de raad om via beroepsorganisaties te zorgen voor een beleids- en cultuurwijziging bij de professionals. De raad constateert dat op dit moment hulpverleners soms niet ingrijpen, terwijl de situatie daar wel om vraagt. De raad meent dat meer aandacht nodig is voor training van professionals in de prenatale zorg in het gebruik van de meldcode

kindermishandeling en huiselijk geweld. Met name de ongeschreven 24-weken regel die in de praktijk door professionals zou worden gehanteerd, vormt een belemmering voor tijdig ingrijpen, aldus de raad.
De zwangerschap- en geboortezorg in Nederland is erop gericht kinderen zo vroeg mogelijk een zo goed mogelijke start te geven. Beroepsgroepen in de geboortezorg, met name verloskundigen en gynaecologen, hechten grote waarde aan een gezonde eerste periode van de zwangerschap. Om die reden zoeken zij naar wegen om aanstaande moeders nog eerder in beeld te krijgen. Deze beroepsgroepen wachten niet met het leveren van zorg tot de zwangerschapsduur van 24 weken is gepasseerd. Voor de specifieke doelgroep van risicozwangerschappen, zijn speciale poli's ingericht, zogenaamde POP poli's (psychiatrie, obstetrie en pediatrie). Hierin werken multidisciplinaire teams die de zorgverleners en zwangeren ondersteunen.
Ook in de jeugdhulp is de hulpverlening erop gericht om de zwangere vrouw en haar nog niet geboren kind zo goed mogelijke zorg en hulp te bieden, ongeacht de fase van de zwangerschap. In deze sector komen risicozwangerschappen vooral in beeld doordat de aanstaande moeder al een of meerdere kinderen in de jeugdhulpverlening heeft. Hulpverleners zijn dan ook extra alert op deze zwangere vrouwen en zullen onmiddellijk het gesprek aangaan en de nodige hulp en ondersteuning organiseren.
De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is in 2013 ingevoerd en biedt professionals houvast bij het omgaan met signalen van kindermishandeling en het bespreken van deze signalen met de (toekomstige) ouders. Ook de beroepsgroepen van gynaecologen en verloskundigen vallen onder deze wet. Voor het werken met de meldcode is bijscholing via een e-learning module beschikbaar, met een specifieke module voor verloskundigen. Dit jaar wordt een quickscan uitgevoerd onder de beroepsgroepen die onder de werking van de wet meldcode vallen. Op basis van de uitkomsten wordt met de betrokken beroepsgroepen besproken welke acties nodig zijn om het gebruik van de meldcode te optimaliseren. Voor artsen is in juli 2015 de quickscan reeds afgerond. De artsenfederatie KNMG heeft in juli 2015 een actieplan gepresenteerd om het gebruik van de meldcode onder artsen (met bijzondere aandacht voor huisartsen) te verbeteren.
Aan de hand van de meldcode kunnen hulpverleners daar waar nodig het proces van gedwongen maatregelen in gang zetten.
Er lijkt een misverstand te bestaan bij een deel van de betrokken hulpverleners over het bestaan van een 24-weken grens voor het in gang zetten van het proces richting gedwongen maatregelen. Dit misverstand komt ook voort uit de jurisprudentie op dit punt. Navraag bij beroepsgroepen, zowel in de geboortezorg als in de sector van de jeugdhulp en vrouwenopvang, leert dat men in de geboortezorg (gynaecologen en verloskundigen) geen weet heeft van een zogenaamde 24-weken regel. In de jeugdhulp en vrouwenopvang is men wel bekend met een eventuele 24-weken grens voor het in gang zetten van gedwongen maatregelen, maar men onderschrijft deze grens niet en hij wordt ook niet breed gehanteerd. Hulpverleners die wel pas vanaf de 24^{e} zwangerschapsweek het proces van gedwongen maatregelen in gang zetten, doen dit enkel omdat ze veronderstellen dat het niet eerder kan en zouden liever eerder handelen.

Kortom, zorg- en hulpverleners zijn ervan doordrongen dat juist de vroege zwangerschapsweken kwetsbaar zijn en bieden vrouwen de nodige zorg, hulp en ondersteuning, ongeacht de fase van hun zwangerschap. Voor het in gang zetten van gedwongen kinderbeschermingsmaatregelen, wordt in sommige organisaties of door enkele hulpverleners wel een grens van een zwangerschapsduur van 24 weken gehanteerd, welke zij echter graag loslaten. Er lijkt dan ook geenszins sprake van een onjuiste beroepscultuur, zoals de raad meent, eerder van een misverstand over het

bestaan van een vermeende regel. Het is uiteraard zaak dit misverstand weg te nemen.
De achtergrond van de vermeende 24-weken regel is jurisprudentie, zoals beschreven door de raad. De Raad voor de Kinderbescherming stelt zich al langer op het standpunt dat ook voor zwangerschappen met een duur van minder dan 24 weken om een rechterlijke maatregel gevraagd kan worden. Dit gebeurt in de praktijk ook en in een enkel geval is een ondertoezichtstelling verkregen. De Raad voor de Kinderbescherming heeft het rapport aangegrepen om dit standpunt nogmaals onder de aandacht te brengen bij de regio's, zodat in de regio met ketenpartners besproken kan worden dat meldingen vóór de 24^{e} zwangerschapsweek wel degelijk zinvol zijn. Zowel het rapport van de raad als de actieve communicatie door de Raad voor de Kinderbescherming zullen naar verwachting positief bijdragen aan de uitvoeringspraktijk.

Conclusie

De overheid moet bevorderen dat ouders goed geëquipeerd zijn om hun kinderen gezond en veilig op te laten groeien. Deze taak wordt voor een belangrijk gedeelte ingevuld via de organisatie van de prenatale zorg. Er is ontegenzeggelijk gezondheidswinst te behalen door zwangere vrouwen nog beter te informeren over en te begeleiden bij een gezonde leefstijl. Beide bewindspersonen van VWS zetten hier op in via beleidsmaatregelen die in lijn zijn met de aanbevelingen van de raad.

In zeer ernstige situaties, wanneer ouders hun verantwoordelijkheid niet nemen – integendeel –, en daarmee hun (nog niet geboren) kind blootstellen aan zeer ernstige risico's, alle informatie, begeleiding en ondersteuning ten spijt, komt de overheid op als beschermer van het nog niet geboren kind. De rechter bepaalt uiteindelijk of het overheidsingrijpen noodzakelijk en proportioneel is. Er bestaat in Nederland namelijk ook een grote mate van zelfbeschikking, zo kunnen mensen kiezen voor alternatieve niet wetenschappelijk bewezen zorg. De rechter zal ingrijpen als vaststaat dat de ouder zeer risicovol, onverantwoordelijk en egoïstisch gedrag vertoont en het nog niet geboren kind ernstige schade toebrengt of dreigt toe te brengen. Gelet op het eerder overwogene ben ik van mening dat de ondertoezichtstelling in het huidige artikel 255 Boek 1 BW een geschikte maatregel is, ook voor het nog niet geboren kind dat in zijn ontwikkeling wordt bedreigd. Voor maatregelen gericht op de ouder acht ik het wenselijk om aansluiting te zoeken bij de wetgeving die hier specifiek voor bedoeld is, zoals de huidige Wet Bopz, in plaats van ook binnen de kinderbescherming een gelijksoortige mogelijkheid te introduceren door een gezinsvoogd vergaande bevoegdheden daartoe te geven. De nieuwe wetsvoorstellen op dit terrein zullen naar verwachting meer duidelijkheid brengen over de vraag of en wanneer een zwangere vrouw verplicht kan worden tot gedwongen behandeling van haar stoornis of het gedwongen aanvaarden van hulp in het geval van een verstandelijke beperking ter bescherming van haar nog niet geboren kind. Het ligt daarom niet in de rede om vooruitlopend op de inwerkingtreding van deze wetsvoorstellen, een nieuwe rechtsgrond in het BW te creëren.

Dankzij het rapport van de raad vindt de dialoog plaats bij alle actoren in het veld, zoals de rechtelijke macht, over het uitspreken van maatregelen vóór de 24^{e} zwangerschapsweek. Daarbij moet het volstrekt helder zijn dat bij een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken gehandeld kan en moet worden. Dat doen professionals ook op grote schaal. Alleen als het gaat om het in gang zetten van het proces van gedwongen maatregelen, bestaat bij sommige organisaties of professionals het misverstand dat daarvoor een 24-weken grens geldt. Het rapport heeft mijns inziens een belangrijke bijdrage geleverd aan de bewustwording hiervan. Zo heeft de

Raad voor de Kinderbescherming het rapport aangegrepen om dit standpunt onder de aandacht te brengen bij de regio's, zodat duidelijk is dat meldingen vóór de 24e zwangerschapsweek wel degelijk zinvol zijn. Ik kan constateer dan ook dat het rapport al een groot effect heeft gesorteerd in alle lagen van de uitvoering.

De Minister van Veiligheid en Justitie,
G.A. van der Steur